

## Gesundheits-Check

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen  
vor Ihrer Teilnahme am gesundheitsfördernden Bewegungsprogramm!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Hat Ihnen der Arzt gesagt, dass Ihr Herz in keinem guten Zustand ist und dass Sie Sport nur nach ärztlicher Verordnung betreiben sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen in der Brust, wenn Sie sich körperlich anstrengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen in Momenten, in denen Sie sich nicht körperlich anstrengten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlieren Sie aufgrund von Schwindel leicht Ihr Gleichgewicht oder wurden Sie jemals ohnmächtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Knochen oder Gelenkproblem (Knie, Hüftgelenk, Schulter, Wirbelsäule) das sich durch eine Veränderung Ihrer körperlichen Aktivität verschlimmern könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschreibt Ihnen Ihr Arzt momentan Herzmittel oder Medikamente für Ihren Blutdruck (z.B. Betablocker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung oder nehmen Sie Psychopharmaka?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kennen Sie einen anderen gesundheitlich relevanten Grund, warum Sie keinen Sport treiben sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PAR-Q

Physical Activity Readiness Questionnaire der Canadian Society for Exercise Physiology (2002)

### Wichtig!

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben oder sich bei der Beantwortung unsicher sind, sollten Sie vor Kursbeginn Ihre Teilnahme von Ihrem Hausarzt überprüfen lassen.